

# As Mulheres e a SIDA

ANA ISABEL BASTOS (\*)

JOSÉ A. CARVALHO TEIXEIRA (\*\*)

TERESA PAIXÃO (\*\*\*)

## 1. INTRODUÇÃO

Durante a década de 80 registou-se um aumento rápido do número de mulheres com SIDA. Apesar disto, só mais recentemente é que se registaram desenvolvimentos significativos no que diz respeito à investigação especificamente relacionada com a infecção pelo VIH (Vírus da Imunodeficiência Humana) e a SIDA no sexo feminino (Ickovics & Rodin, 1992).

Em 1990, a Organização Mundial de Saúde (O.M.S.) estimou que o número de mulheres infectadas pelo VIH representaria um terço dos casos mundiais (Chin, 1990). No entanto, na maioria dos países da Europa e da América do Norte as mulheres representam ainda uma minoria dos casos de SIDA que, como se sabe, predominam no sexo masculino naquelas regiões. O mesmo já não se passa no continente africano, onde a distribuição dos casos de SIDA é sensivelmente a mesma em ambos os sexos (Ickovics & Rodin, 1992).

Seja como for, *existem poucos estudos relacionados com a SIDA nas Mulheres*. Isto contrasta com o facto de ser importante que se in-

vestiguem os aspectos específicos da SIDA nas Mulheres, uma vez que é *plausível pensar que possam existir diferenças entre os sexos no que se refere aos determinantes e às consequências biológicas, psicológicas e sociais da infecção pelo VIH*. Além disto, existem também aspectos específicos associados à prevenção primária e ao aconselhamento, entre outros. Por exemplo, nos Estados Unidos da América as mulheres com maior risco em relação ao VIH incluem-se predominantemente em grupos sociais associados à pobreza e às minorias étnicas (Mays & Cochran, 1988), e à dependência de drogas injectáveis (Cochran & Mays, 1989).

É importante estudar os padrões da infecção pelo VIH nas Mulheres. Nomeadamente, identificar quais são os factores de risco específicos para as Mulheres e, além disto, quais são as Mulheres que estão num determinado momento, e em cada país, em maior risco de contraírem a infecção pelo VIH (Richardson, 1990). Isto torna-se cada vez mais urgente dada a importância crescente das vias heterossexual e vertical (materno-infantil) na transmissão da infecção pelo VIH: a transmissão heterossexual é já hoje responsável no Mundo por 3/4 dos casos e, dentro de anos, a relação entre Homem/Mulher infectados pelo VIH aproximar-se-á de 1:1 (Machado Caetano, 1994). Estes dados são relevantes para suportarem o argumento de que as *Mulheres não podem ignorar os aspectos que são específicos para o seu sexo no que concerne à infecção pelo VIH e a SIDA*. Richardson (1990) colocou

---

(\*) Psicóloga. SOL – Associação de Apoio às Crianças Infectadas pelo Vírus da SIDA.

(\*\*) Psiquiatra. Assistente, ISPA. Coordenador do Núcleo de Investigação de Psicologia da Saúde.

(\*\*\*) Epidemiologista. Instituto Nacional de Saúde Dr. Ricardo Jorge.

alguns dos questionamentos mais significativos nesta área, em particular ao identificar algumas *vulnerabilidades específicas* das Mulheres perante a ameaça do VIH e da SIDA. Por exemplo, como pode uma mulher ter comportamentos sexuais seguros quando o seu companheiro recusa utilizar preservativos ou praticar outras modalidades de sexo seguro sem penetração? As dificuldades que podem surgir serão consideravelmente agravadas se a mulher depender económica e/ou afectivamente do companheiro, criando-se um eventual conflito de difícil superação. Ou seja: o estilo e a dinâmica relacionais podem dificultar a adopção de comportamentos sexuais seguros. Outro exemplo pertinente de vulnerabilidade específica é a que se relaciona com vítimas de violações.

Estes são dois exemplos que, só por si, justificariam uma atenção especial para situações de risco acrescido do sexo feminino no que diz respeito ao VIH, mas também, genericamente, à prevenção das doenças sexualmente transmissíveis. Acrescem dois aspectos de natureza social, mas talvez não menos importantes. São geralmente as mulheres que cuidam de doentes de SIDA. Por outro lado, havendo muitas mulheres sozinhas tentando criar crianças em circunstâncias económicas difíceis, o aparecimento da infecção pelo VIH pode transformar-se num desastre familiar (Richardson, 1990).

Na impossibilidade de abarcar num artigo desta natureza toda a problemática que a SIDA coloca às Mulheres, optámos por fazer referência a cinco aspectos que considerámos essenciais: *epidemiologia da SIDA nas Mulheres, evolução da infecção pelo VIH, factores psicológicos especificamente associados, gravidez e SIDA* e, finalmente, *aconselhamento de mulheres*.

## 2. EPIDEMIOLOGIA DA SÍNDROME DA IMUNODEFICIÊNCIA ADQUIRIDA NAS MULHERES

Em relação à infecção pelo Vírus da Imunodeficiência Humana (VIH), e ao contrário do que se supôs no início da epidemia, as mulheres constituem um grupo no qual a prevalência da infecção pelo vírus responsável pela Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (SIDA) continua a aumentar. A referência a *padrões epidemioló-*

*gicos* da pandemia do VIH procura relacionar a data em que o vírus entra em circulação na população, com as formas de transmissão predominantes e o rácio entre os sexos. Assim, considerando a transmissão sexual, nas regiões onde os casos de infecção referem os contactos heterossexuais como principal forma de transmissão, o rácio entre homens e mulheres é de 1:1. Gradualmente, com a expansão da epidemia a praticamente todos os países, registam-se diferenças nos *padrões epidemiológicos* a nível local, verificando-se entre as mulheres, um aumento do número de infectadas. É importante distinguir entre as mulheres infectadas assintomáticas e aquelas que já apresentam manifestações da doença. No entanto, para se analisar a situação à escala mundial, estes são aspectos complementares.

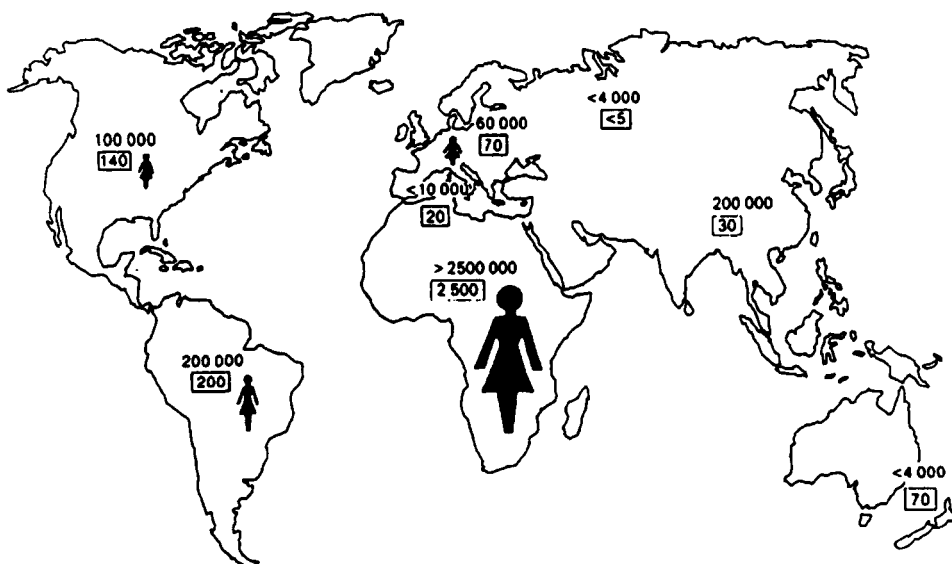
A constatação do número crescente de mulheres infectadas só recentemente tem sido veiculada por vários organismos internacionais, informação obtida pelos sistemas de vigilância epidemiológica da infecção pelo VIH/SIDA, após a realização de numerosos estudos serológicos e pelo acompanhamento clínico de mulheres nas consultas dos serviços de saúde. A comunicação social, começa agora a fazer eco das preocupações dos técnicos responsáveis após a apresentação dos resultados da vigilância epidemiológica.

A data em que o VIH faz a sua introdução na comunidade e a frequência relativa das três formas predominantes de transmissão do vírus, nomeadamente, sexual, parentérica (sanguínea) e perinatal, condicionam a expressão local da epidemia. A transmissão da infecção nas mulheres resulta dos contactos sexuais heterossexuais e da utilização de sangue ou derivados contaminados. A ocorrência de casos de VIH em mulheres em idade fértil, traduz-se igualmente pelo aparecimento de casos em crianças resultante da transmissão vertical (mãe-filho) infectados durante a gravidez ou durante o parto, admitindo-se igualmente que a infecção possa ocorrer mais tarde, durante o aleitamento da criança, sobretudo quando não existem alternativas à amamentação, por opção da própria ou resultante de carências sociais.

A nível mundial, e sobretudo em África e no sudoeste asiático, regista-se um aumento do número de mulheres infectadas, conhecimento

FIGURA 1

Estimativa do número de mulheres infectadas com VIH entre os 15 e os 49 anos (a prevalência por 100.00 mulheres está assinalada com )



obtido através da vigilância seroepidemiológica de mulheres que se dirigem aos serviços de saúde para consultas de rotina ou mediante a procura activa de casos em mulheres que poderão apresentar comportamentos que representem um risco acrescido para a infecção pelo VIH. Particularmente em risco estão as mulheres toxicodependentes (ou que o foram), as mulheres com múltiplos parceiros sexuais, as parceiras sexuais de toxicodependentes, de bissexuais, de heterossexuais com numerosos parceiros sexuais ou de indivíduos oriundos de África ou com contactos com África. Em alguns países, nos primeiros tempos da epidemia, para além da transmissão sexual do VIH, a transmissão pelo sangue e derivados constituíram também factor importante na disseminação da infecção nas mulheres.

Segundo a Organização Mundial de Saúde (Figura 1) e de acordo com estimativas resultantes de actividades de vigilância epidemiológica, calculava-se em 1992, que o número de mulheres infectadas fosse superior a 5 milhões (Chin, 1990). O padrão epidemiológico observado em termos da transmissão da infecção do vírus da imunodeficiência humana, difere consoante o

tipo de vírus considerado, a forma predominante de transmissão e as condições económicas e sociais do país, com especial ênfase na qualidade dos serviços de saúde e políticas de prevenção. A complexidade dos critérios clínicos virológicos e epidemiológicos leva a que exista uma classificação redigida pelos *Centers for Disease Control and Prevention* dos Estados Unidos, e aplicada na Europa, de forma a permitir a uniformização dos critérios de diagnóstico e comparação entre países, mas pelas dificuldades de diagnóstico virológico existem outras classificações que são utilizadas, por exemplo, em África.

Na Europa, o sexo feminino representa 16,8% do total de casos acumulados (ECEM, 1994). É também importante referir os dados observados respeitantes ao número de crianças já no estágio de SIDA declaradas ao Centro Cooperativo da OMS em Paris, que registava 1984 casos de transmissão vertical, em Setembro de 1994. Na transmissão da infecção da mãe ao filho, podemos considerar aspectos importantes, como o estágio da história natural da doença em que se encontra a mãe, o tipo de vírus que a infecta e as

políticas terapêuticas e obstétricas seguidas localmente.

Em África, o elevado número de mulheres infectadas resulta da transmissão da infecção que apresenta características próprias resultantes do *padrão epidemiológico* da epidemia, nomeadamente no domínio da transmissão heterossexual, na existência de casos referindo múltiplos parceiros sexuais e nas carências a nível dos cuidados de saúde em determinados países. No Congo, a transmissão mãe-filho (40,4%) situa-se nos níveis superiores da taxa de transmissão observada em África, e a distribuição desigual de cofactores responsáveis na transmissão perinatal, tais como a presença de sintomas ou sinais de doença, poderão explicar as variações registadas em diversos estudos (Lallemant, Le Coeur, Samba e col., 1994).

Em Portugal a notificação dos casos de infecção pelo VIH é voluntária e realizada pelo médico assistente, procedendo-se ao registo dos casos declarados. Este registo é incompleto, sobretudo no referente aos casos assintomáticos, mas permite-nos no entanto observar *tendência crescente no número de mulheres infectadas*. Em Portugal, o primeiro caso de SIDA no sexo feminino foi diagnosticado em 1985, registando-se dez anos depois, mais de 360 casos em mulheres, representado cerca de 15% do total de casos notificados (CNLCS, 1994). O tipo de vírus da imunodeficiência humana predominante é o VIH1 em cerca de 80% dos casos, e 16% associados ao VIH2. Alguns casos referem a co-infecção pelos dois tipos de vírus.

Por categorias de transmissão é possível verificar que entre 1985 e 1992, os casos notificados referiam predominantemente a transmissão heterossexual e, a partir deste ano, a associação entre a toxicod dependência e SIDA constitui, aparentemente, o binómio mais importante na disseminação do VIH na população feminina portuguesa.

Na segunda década da pandemia, as mulheres serão indiscutivelmente as mais afectadas por razões de ordem biológica, epidemiológica e social.

### 3. EVOLUÇÃO DA INFECÇÃO PELO VIH NAS MULHERES

Especialistas mundiais concordam em dizer

que as Mulheres são hoje o grupo mais vulnerável à SIDA. Por exemplo, numa relação heterossexual existe uma probabilidade dez a cem vezes maior de a mulher se infectar do que o homem. Do ponto de vista anatómico, o sexo feminino, que funciona como um receptáculo, expõe-se durante um período prolongado à mucosa genital masculina, bastando lesões microscópicas na zona para deixar passar o vírus. Por outro lado, há que ter em consideração, pelas mesmas razões, os riscos para a Mulher do sexo anal sem protecção (Machado Caetano, 1995).

Para se compreenderem as diferenças de efeitos entre Homens e Mulheres é necessário avaliar-se a progressão e o curso clínico da infecção pelo VIH.

#### 3.1. *Factores Causais e Curso Clínico da Infecção pelo VIH*

Os processos biológicos que acompanham a SIDA operam da mesma forma para Homens e Mulheres. A SIDA é precedida por um retrovírus humano VIH, que é transmitido através do sangue, sêmen, e secreções vaginais.

A transmissão do VIH ocorre primariamente através de contacto sexual, transfusão de sangue ou através de produtos derivados do sangue, e da passagem da mãe para o filho. O VIH pode estar latente por um período de 8 a 11 anos, durante o qual as pessoas infectadas podem estar completamente assintomáticas, mas capazes de transmitir o vírus a outras pessoas (Lui, Darrow, & Rutherford, 1988; Munoz, 1989). Quando activado, o vírus provoca uma diminuição da imunidade celular e a progressiva imunossupressão. Fazem parte das características clínicas da doença VIH, o aumento dos gânglios linfáticos, febres periódicas, incluindo os suores nocturnos, perda de peso, fadiga constante, diarreia, redução de apetite e aftas na boca (ou estomatites). O VIH pode também afectar o sistema nervoso central, causando lesões cerebrais e medulares (Grant & Heaton, 1990; Price, 1988). Num estudo realizado por Navia e Price (1986) foram detectadas complicações neurológicas com implicações a nível cognitivo e da motricidade, entre 30 a 75% dos homens infectados pelo VIH.

O tempo de progressão da doença varia de pessoa para pessoa. Contudo, a imunodepressão

parece ser progressiva e irreversível, com uma taxa de mortalidade que se pode aproximar dos 100% ao longo dos vários anos (Fauci, 1988).

### 3.2. *Evolução Clínica de Mulheres com SIDA*

Há indicações que a progressão da infecção pelo VIH, pode diferir entre Mulheres e Homens (Minkoff, & Dehovitz, 1991). Num estudo realizado nos E.U.A. em 1989, foi observada a evolução clínica em 24 mulheres infectadas (Carpenter, Mayer, Fisher, Desai, & Durand, 1989). Infecções causadas por fungos (*Candida albicans*), dada a sua frequência, foram factor importante na descoberta da SIDA, tendo ocorrido estas manifestações em 23 de 24 Mulheres sujeitas a este estudo. Pelo contrário, a pneumonia por «*Pneumocystis carinii*» e o sarcoma de Kaposi ocorreram com menos frequência durante o decurso da doença, do que previamente tinha sido documentado entre Homens com VIH/SIDA.

A candidíase oral foi reconhecida como indicador de imunodeficiência, antevendo o desenvolvimento de graves infecções oportunistas. No caso das Mulheres pode haver envolvimento vaginal. Com uma observação contínua de doentes na Universidade de Brown, entre 1986 e 1990, foi notado que a candidíase ocorria num padrão hierárquico e progressivo nas Mulheres seropositivas. 50% das Mulheres seropositivas tinham com frequência candidíase vaginal antes de outro qualquer sinal ou sintoma de imunodisfunção (Friedland, 1991; Rothenberg, 1987).

Sendo assim, *a candidíase vaginal pode ser considerada uma das primeiras manifestações do VIH nas Mulheres*. Mulheres com VIH e com candidíase vaginal crónica correm um maior risco de rápida progressão para SIDA. Num estudo feito a 29 Mulheres infectadas com VIH, em seis das sete Mulheres com candidíase vaginal crónica, a SIDA progrediu em 30 meses de diagnóstico (Imam, 1990; Rhoads, Wright, Redfield, & Burke, 1987); pelo contrário, nenhuma das 22 Mulheres sem candidíase vaginal desenvolveu SIDA durante o período de estudo.

A identificação da candidíase vaginal, como uma manifestação clínica de infecção pelo VIH, tem importantes implicações no diagnóstico pre-

coce das Mulheres, tendo em vista um tratamento eficiente, evitando ou reduzindo, assim, outras infecções oportunistas.

Observações clínicas também indicam um possível aumento de risco da neoplasia cervical intraepitelial (NCI), um tumor do colo do útero, entre as Mulheres seropositivas.

Entre 35 e 60% das Mulheres seropositivas evidenciou-se neoplasia do colo (Bradbeer, 1987; M. Byrne, J.R. Smith, P. Munday & D. Taylor-Robinson, 1989). Croechiolo (1988) não encontrou um aumento de risco para este tumor entre Mulheres seropositivas, mas descobriu que 22 de 24 Mulheres (92%), observadas na sua clínica, eram positivas para o Vírus do Papiloma Humano (VPH), um precursor da neoplasia cervical (Sillman, 1984). A infecção de VPH foi documentada em 25% de Mulheres seronegativas, comparadas com 49% de Mulheres seropositivas.

Em conclusão: *as Mulheres seropositivas parecem correr um maior risco em relação ao VPH e ao NCI*. Ou seja: a imunossupressão induzida pelo VIH pode estar associada a uma infecção latente VPH – actuando como um factor no desenvolvimento de NCI. Estes elementos indicam que as lesões cervicais podem também representar uma das primeiras manifestações do VIH nas Mulheres (Rellihan, Dooley, Burke, Berkland, & Longfield, 1990).

*As diferenças sexuais nas manifestações clínicas da SIDA, podem resultar em Mulheres que não tenham sido diagnosticadas, ou que tenham sido apenas parcialmente diagnosticadas, e podem conduzir a um tratamento insuficiente e incorrecto*. Actualmente, a abordagem médica da SIDA é dirigida à prevenção e ao tratamento de infecções oportunistas. Dado que as Mulheres têm diferentes infecções, o seu tratamento deve ser substancialmente diferente daquele que é aplicado com eficiência nos homens (Carpenter, 1989).

Dado que o risco entre as Mulheres seropositivas para o VPH, indutor da doença do colo do útero é grande, torna-se necessária a realização de exames ginecológicos regulares. Pode concluir-se que as possibilidades de diagnóstico precoce poderão relacionar-se com os *comportamentos de procura de cuidados* de saúde.

### 3.3. Diferenças Sexuais na Mortalidade

Um dos aspectos mais relevantes, é que as Mulheres morrem significativamente primeiro, após o diagnóstico de SIDA, do que os homens (Friedland, 1991; Rothenberg, 1987). Num estudo epidemiológico com cerca de 6.000 doentes com SIDA, verificou-se que, depois do diagnóstico, o tempo de sobrevivência das Mulheres (298 dias) era 20% mais curto, do que o tempo de sobrevivência dos Homens (364 dias). Num outro estudo, em que se teve em consideração os doentes que apresentassem pneumonia a «*Pneumocystis carinii*», também se descobriu que as Mulheres tinham um tempo de sobrevivência mais curto que os homens.

A evolução clínica da infecção pelo VIH nas Mulheres não é completamente conhecida, o que pode limitar as possibilidades do diagnóstico precoce. Por outro lado, tem-se verificado que as Mulheres com maior risco de contrair VIH/SIDA podem ter acesso limitado aos cuidados de saúde.

Factores psicológicos e psicossociais associados à transmissão, aquisição e progressão do VIH, podem também explicar as diferenças entre Homens e Mulheres na evolução clínica e na mortalidade. *A transmissibilidade pode ser determinada por características individuais, pelo vírus, ou por ambas.* Há a acrescentar, a variedade de factores biológicos e psicossociais, propícios à progressão da doença (Glasner, & Kaslow, 1990), dado que a evolução clínica desta varia consideravelmente entre os indivíduos infectados pelo VIH.

### 4. FACTORES ASSOCIADOS À INFECÇÃO PELO VIH NAS MULHERES

Vários A.A. têm procurado elucidar a existência de factores especificamente associados à infecção pelo VIH nas Mulheres (Ickovics & Rodin, 1992) que possam ter importância quer na prevenção primária quer na secundária. Esses factores dizem respeito a 2 dimensões diferentes: *susceptibilidade à primo-infecção* e, por outro lado, *progressão da infecção assintomática para a imunodeficiência*. Existirão factores especificamente ligados ao sexo feminino que possam aumentar a susceptibilidade ao VIH? Que facto-

res podem influenciar a progressão para a imunodeficiência nas mulheres já infectadas?

Em relação a estas perguntas de investigação vários estudos diferenciam 3 tipos de factores, a saber: biológicos, psicológicos e psicossociais.

Alguns *factores biológicos* parecem aumentar a susceptibilidade à infecção pelo VIH nas Mulheres, nomeadamente (European Study Group, 1989; Gloeb e col., 1988; Greenblatt e col., 1988); outras doenças sexualmente transmissíveis (DSTs) e infecções urinárias. Por outro lado, e como já foi anteriormente referido, existem diferenças entre os sexos no que concerne à evolução clínica da infecção e às infecções oportunistas. Embora com resultados contraditórios, alguns estudos apontam a *gravidez* como facilitadora da passagem para a imunodeficiência em mulheres seropositivas (Biggar e col., 1989; Selwyn e col., 1989), bem como a *dependência de opiáceos* (Mientjes e col., 1991). No entanto, em relação à gravidez, os resultados de outros estudos não confirmaram que haja uma associação clara à progressão para a imunodeficiência (Sherr, 1991).

Entre os *factores psicológicos*, tal como em relação ao sexo masculino, tem sido dada importância ao papel do *stress* e da percepção de controlo (Ickovics, & Rodin, 1992; Cochran, 1989). Embora as relações entre o stress e as afecções nas quais a imunidade está muito envolvida sejam relações complexas, há evidências de que o stress parece poder acelerar a passagem para a fase de imunodeficiência em sujeitos seropositivos para o VIH (Solomon, & Temoshok, 1987). Por outro lado, como se sabe, há diferenças entre os sexos no que respeita ao confronto com o stress, ajustamento psicológico a situações indutoras de stress e a alterações fisiológicas associadas ao stress, pelo que é plausível pensar-se que a vulnerabilidade às consequências do stress sobre a imunidade possa ser diferente no sexo feminino. Também é importante levar em conta que os efeitos imunossupressores do stress em sujeitos seropositivos para o VIH podem ser atenuados por treino de manejo do stress (Ickovics, & Rodin, 1992). Finalmente, em função dos estilos de vida e estatuto social, pode acontecer que as mulheres seropositivas possam estar mais expostas a acontecimentos indutores de stress, nomeadamente relacionados com situações de pobreza e/ou exclusão social. Em relação

ao *estilo de adaptação*, tal como pode acontecer nos homens, também nas mulheres pode encontrar-se um confronto com o stress (induzido por acontecimentos da mais diversa natureza) que implique risco em relação ao VIH, particularmente quando o estilo de confronto envolva comportamentos de sexuais de risco como forma de obtenção de alívio da tensão emocional inerente ao stress. Sendo conhecido como a *percepção de controlo* pode influenciar a resistência ao stress e os comportamentos de saúde, alguns estudos evidenciaram que o controlo e a auto-eficácia estão relacionadas com maior sobrevivência de doentes de SIDA (Solomon e col., 1987), menor actividade sexual de risco (Joseph e col., 1987) e adopção mais frequente de comportamentos de saúde em sujeitos seropositivos (Ewart e col., 1984). Também aqui tem sido evocado que as mulheres em situações de pobreza e outras situações sociais adversas poderão estar em desvantagem, porque estas situações estão geralmente associadas a auto-eficácia baixa e diminuição do controlo pessoal sobre os acontecimentos.

O *suporte social* tem sido relacionado com o bem estar psicológico e com a saúde e, em geral, tem sido referido que as mulheres relatam níveis mais altos de suporte social do que os homens. Porém, há evidências de que as mulheres afectadas pelo VIH tendem a estar significativamente isoladas (Richardson, 1990; Wofsy, 1987), não só porque são menos mas porque tendem a estar geograficamente mais distribuídas (Ickovics, & Rodin, 1992). Assim, *torna-se importante o aparecimento de organizações não governamentais de apoio específico a mulheres* afectadas pelo VIH.

## 5. A GRAVIDEZ E A SIDA

A gravidez não é uma experiência estática nem breve, mas plena de crescimento e mudança, enriquecimento e desafio. A gravidez é simultaneamente uma transformação biológica, social e pessoal, que põe a Mulher em contacto com sentimentos e significados latentes desde o nascimento, repentinamente evocados por uma mudança física poderosa, que se repercute através de todos os outros níveis psicológicos. A gravidez pode ser simultaneamente gratificante e

confusa, mas no seu âmago é criativa, uma vez que, no fim, há literalmente uma nova vida (Colman, & Colman, 1994).

A SIDA, por outro lado, é uma doença *incurável, contagiosa* e com *mortalidade elevada*, onde um grupo significativo de Mulheres afectadas apresenta uma problemática psicológica prévia, que tenderá a descompensar com o impacte, da seropositividade ou da SIDA-declarada. O suporte social tende a ser limitado, quer por distanciamento prévio da família de origem quer por pertença a grupos marginalizados ou, ainda, por a situação poder condicionar sentimentos ambivalentes ou mesmo atitudes de rejeição por parte da comunidade (Teixeira, 1993).

É tendo por base toda esta problemática que a Mulher infectada pelo VIH, grávida, terá que demarcar toda a sua conduta, onde se inclui, como prioritário, o bem-estar e psicológico da mãe, da criança e da família e onde a dor, a angústia, a alegria e a felicidade, por certo, a acompanharão.

### 5.1. Consultas Médicas

As consultas médicas durante o período de gravidez provocam stress a quase todas as Mulheres. É relativamente frequente, que a relação estabelecida entre médicos e doentes seja vivida por estas como pouco satisfatória, em especial nas consultas de obstetrícia. Muitos dos obstáculos a uma boa comunicação são levantados pela utilização de palavras demasiado técnicas, por explicações complexas, por uma informação por vezes ambígua, e por uma rapidez de diálogo durante a consulta.

Do ponto de vista das Mulheres, estes obstáculos relativos à comunicação podem dever-se a esquecimentos, falta de informação, inibição, preocupação e falta de familiaridade.

Realmente são as Mulheres as utilizadoras de consultas de obstetrícia, e em muitos países a maioria dos obstetras são Homens. Areskog-Wijma (1987) estudaram Mulheres à espera de consulta ginecológica e verificou que 4% das Mulheres preferiam um médico, enquanto que 42% das Mulheres preferiam uma médica. Este aspecto relativo às diferenças sexuais pode trazer alguns problemas de adesão às consultas, que deveriam ser mais regulares. Para além disso, a natureza da sexualidade pode também criar

alguns embarços a um diálogo aberto, para além do aspecto das consultas de obstetrícia serem, frequentemente, acompanhadas de exames ginecológicos.

Oakley (1979) verificou que um terço dos seus casos clínicos eram Mulheres que tinham efectuado o seu primeiro exame ginecológico numa primeira visita pré-natal ao obstetra, o que as assustou, causou embaraço e foi doloroso. No entanto, existem várias literaturas que informam e encorajam a Mulher a visitar regularmente o seu obstetra. Do ponto de vista das Mulheres não é assim tão fácil; daí alguns autores mencionarem a ansiedade e o desconforto como factores associados.

### *5.2. O VIH e as Mulheres Não Infectadas Durante o Período de Gravidez*

Apesar do número de mulheres grávidas infectadas pelo VIH ser relativamente baixo, este é o período considerado ideal para a intervenção da área da educação para a saúde e da prevenção.

Durante este período a receptividade da Mulher à informação costuma ser favorável, proporcionando uma maior reflexão acerca do seu comportamento sexual e do risco.

Dada a necessidade de um regular acompanhamento das Mulheres durante este período de gravidez, *torna-se necessária a formação de técnicos e de outro pessoal de saúde nesta área*, com alguns conhecimentos básicos: informação/conhecimento sobre VIH e SIDA (vias de transmissão, comportamentos de risco, comportamentos seguros, etc.); treino e prática em aconselhamento básico; conhecimentos sobre a forma de ultrapassar o grande obstáculo «saber falar sobre sexo»; conhecimentos sobre a forma de gerir «a ausência de tempo», que lhes permita apreender quais as mulheres com maior necessidade de acompanhamento.

Uma vez que a prevenção ao VIH/SIDA ocupa bastante tempo, uma das soluções é a organização de pequenos grupos para troca de informações, com técnicos habilitados. Esta solução, ainda que possa ser considerada embaraçosa, poderá contribuir no futuro para uma melhor troca de informações. Informações escritas, visuais e audiovisuais podem ser outras das formas de transmissão de informação.

### *5.3. Prevenção Dirigida a Mulheres Ligadas à Dependência de Drogas Intravenosas*

É importante a prevenção em Mulheres que utilizam drogas intravenosas, uma vez que são mulheres em que a utilização de meios contraceptivos eficazes é relativamente baixa, que podem manter contactos sexuais desprotegidos com parceiros múltiplos, ou estarem mesmo envolvidas em relações sexuais de troca como forma de angariarem os meios financeiros necessários para a aquisição de droga.

Quando grávidas, estas mulheres deverão ser aconselhadas a não consumir drogas, ou a reduzi-las, bem como a integrarem-se em programas de tratamento e de reabilitação psicossocial. No entanto, nem sempre a abstenção é possível, o que obriga a uma prevenção no sentido de minimizar os riscos de infecção. Os três maiores riscos são: a utilização de agulhas contaminadas, os múltiplos parceiros e as relações sexuais não protegidas.

Os toxicodependentes formam um grupo muito heterógeno e a prevenção dirigida às Mulheres grávidas que dependem de drogas intravenosas deve passar por uma formação básica. Para isso, é absolutamente necessário que o técnico esteja na posse de alguns dados: que drogas consome a Mulher, e qual o modo de utilização (injecção, inalação ou fumo); qual o comportamento de troca de parceiro (algumas Mulheres julgam não correr risco pelo facto de apenas mudarem de parceiro sexual. No entanto, esquecem que, se algum dos seus parceiros mantiver relações sexuais ou partilhar a sua seringa com alguém infectado pelo VIH, correm de igual modo grandes riscos); qual o risco em geral (dialogar acerca dos factores de risco, explorando um grande leque de possibilidades; investigar da receptividade na redução de alguns riscos de infecção, e analisar quais os obstáculos encontrados nesta mudança de comportamento).

Por vezes, os profissionais de saúde esquecem que as Mulheres grávidas podem manter a sua vida sexual. O facto de muitas das Mulheres grávidas não terem um acompanhamento regular deve-se, entre outros, aos seguintes factores: baixo acesso aos serviços médicos, desconfiança em relação aos profissionais de saúde, ausência de diálogo; medo de que o seu filho seja afastado para tratamentos.



Algumas drogas podem atravessar a placenta, sendo de absoluta necessidade a realização de alguns tratamentos à criança, o que pode provocar à nascença um afastamento do filho em relação à mãe. Esta separação pode resultar num problema de difícil solução. Daí haver uma necessidade de disponibilizar acompanhamento médico e psicológico a estas mães.

#### 5.4. *Consequências do VIH na Gravidez e a Decisão de Engravidar*

Actualmente, as consequências do VIH na evolução da gravidez e na saúde materna são um pouco mais claras. Há uns anos pensava-se que a gravidez poderia fazer evoluir a imunodeficiência, resultando daí a deterioração da saúde materna. No entanto, é natural que o factor temporal (9 meses) da gravidez se sobreponha ao tempo de progressão da SIDA.

Actualmente, não há provas de que a gravidez possa prejudicar a situação médica da mãe face à presença do VIH (Schoenbaum, 1988). Minkoff (1989) afirma que a evolução natural do VIH/SIDA é apenas marginalmente ocupada pela gravidez.

A gravidez não foi associada à progressão da infecção pelo VIH nos estudos de Berrebi (1990) em França, de Bledsoe (1990), nos E.U.A. e de Lasley-Bibbs (1990); citados por Sherr (1991) descobriram que as Mulheres infectadas pelo VIH tinham uma taxa de gravidez mais elevada do que as Mulheres não infectadas pelo VIH. Contudo, não está completamente definido neste estudo a influência do VIH em taxas de gravidez mais elevadas, ou seja o papel directo do VIH na taxa de concepção. Uma das hipóteses seria a sobreposição do estado de gravidez ao estar-doente.

No que se refere às consequências do VIH em face de uma decisão de engravidar, Kaplan (1989), estudou 15 Mulheres seropositivas na idade fértil. Ao fim de algum tempo, descobriu que as Mulheres, mesmo tendo sido sujeitas a sessões de aconselhamento, engravidaram. Aconselhadas no risco que corriam em manter relações sexuais sem protecção, e no perigo de virem a engravidar, conceberam. Embora alguns autores concordem com a insuficiência de aconselhamento, não deixam de estar atentos, e verificam que qualquer Mulher poderá decidir por

uma gravidez independentemente do seu «status».

Wiznea (1989) tentou identificar os factores que poderiam influenciar as Mulheres numa decisão de engravidar. Num estudo com 33 Mulheres infectadas pelo VIH notou-se que 6 em 22 Mulheres (27%) optaram por engravidar. Entre os factores que foram avaliados contavam-se a presença de uma criança mais velha infectada pelo VIH e o de sintomas associados ao VIH/SIDA.

Sunderland (1989), verificou também que a infecção VIH não tinha uma ligação directa com a opção de engravidar. Apenas os factores psicossociais e económicos determinavam essa opção ou seja: as Mulheres não estariam a valorizar o facto de estarem doentes. A gravidez parece fornecer a sua própria protecção equilibradora contra um colapso psicológico.

Jakobs (1990) descreveu as necessidades psicológicas das Mulheres infectadas pelo VIH e sublinhou as dificuldades e conflitos interpessoais que as Mulheres teriam que enfrentar ao tomarem conhecimento de uma gravidez e duma infecção provocada pelo VIH, na mesma altura. Constatou a existência de stress induzido pela falta de informação, pela decisão que teriam de tomar acerca do futuro da gravidez e o «stress» resultante das hospitalizações a que estariam sujeitas, quer optassem pela gravidez quer pela sua interrupção.

Num estudo semelhante em 89 Mulheres seropositivas, Barbaci (1989) descobriu não existir nenhuma associação entre o conhecimento da evolução do VIH e a decisão de interromper a gravidez.

Em conclusão: *nas mulheres seropositivas a decisão de engravidar parece ser mais influenciada por necessidades afectivas e factores psicossociais do que pela percepção de risco associada ao VIH.*

## 6. ACONSELHAMENTO DE MULHERES

O aconselhamento psicológico relacionado com a infecção VIH/SIDA é um caso específico de aconselhamento de saúde que, em virtude do facto da prevenção ser a única estratégia eficaz de intervenção, tem grande importância clínica e valor preventivo. Em sentido lato, o aconselha-

mento psicológico na área da infecção pelo VIH e da SIDA é uma relação clínica face-a-face que visa facilitar uma adaptação mais satisfatória do sujeito em relação à sua situação face ao vírus e uma optimização dos seus recursos pessoais para lidar com essa situação (Carvalho Teixeira, 1994b). *Transmitir informação, ajudar a lidar com dificuldades e facilitar a mudança de comportamentos* são os objectivos principais, que têm aplicabilidade em qualquer das mais frequentes modalidades de aconselhamento: aconselhamento preventivo, aconselhamento pré-teste, aconselhamento pós-teste e aconselhamento de famílias, entre outros. O aconselhamento psicológico na área da infecção pelo VIH e da SIDA é um procedimento indispensável, porque a infecção pelo VIH é uma situação de ameaça à vida e geradora de sofrimento; não há tratamento curativo eficaz nem vacina; é transmissível e a transmissão relaciona-se com o comportamento; envolve níveis elevados de incerteza e, finalmente, pode confrontar o sujeito com dificuldades afectivas, comunicacionais, relacionais, familiares e sociais. Assim, o aconselhamento não só pode desempenhar papel relevante na prevenção, como também está associado com a qualidade dos cuidados de saúde que são prestados (Carvalho Teixeira, 1993, 1994b), dado que, além de promover e facilitar a mudança de comportamentos, permite dar resposta às necessidades psicológicas e emocionais dos sujeitos, independentemente do seu estado de imunidade em relação ao VIH.

Em relação às Mulheres, podem ser úteis os diferentes tipos de aconselhamento que podem ser disponibilizados nos serviços de saúde e na comunidade e que, neste último caso, entre nós tendem a ser desenvolvidos por algumas organizações não-governamentais. Não se enquadra no propósito deste artigo retomar a descrição dos princípios gerais, objectivos, conteúdos e procedimentos desses diversos tipos de aconselhamento (pré e pós-teste, entre outros). Porém, ao abordar-se o problema das Mulheres e a SIDA não pode deixar de ter em conta que, como referiu Bradbeer, (1989), as Mulheres são afectadas duplamente pela infecção pelo VIH: têm que lidar com as consequências médicas e sociais da SIDA e, simultaneamente, com as questões complexas que podem associar-se à gravidez e maternidade.

Assim, optou-se por abordar questões relacionadas com 3 áreas específicas de aconselhamento de Mulheres: *aconselhamento pré-natal, de mulheres preocupadas («worried well») e aconselhamento de mulheres seropositivas.*

### 6.1. Aconselhamento Pré-natal

A realização sistemática do teste do VIH a todas as mulheres grávidas é um assunto de actualidade entre nós, não propriamente pela sua inegável importância, mas sim pela forma como é realizada, *sem que haja muitas vezes qualquer procedimento estruturado de aconselhamento pré-teste* que, entre outros aspectos, garanta realmente o consentimento informado. Neste particular, não é difícil encontrar situações de má prática clínica e/ou de claros atropelos à ética e deontologia profissionais. Portanto, é de toda a utilidade discutir este problema, procurando fundamentar a necessidade do *rastreio pré-natal*, discutindo se deve ser ou não um rastreio sistemático e introduzindo alguns aspectos específicos da intervenção de aconselhamento nesta área.

Julgamos que a utilidade do rastreio pré-natal em relação ao VIH é mais ou menos indiscutível, uma vez que, para a mulher, saber o seu estado de imunidade em relação ao vírus pode ser importante para tomar decisões em relação a engravidar ou não, e em relação a eventual interrupção de gravidez no caso de já se encontrar grávida.

Ao contrário do que mais frequentemente acontece (fazer o teste já depois de ter o diagnóstico de gravidez), o que seria desejável é que este rastreio tivesse lugar *antes* da tomada de decisão de engravidar. Do ponto de vista da qualidade dos cuidados de saúde, isto quer dizer que a questão do VIH deveria ser introduzida muito antes, designadamente em intervenções ligadas ao planeamento familiar, quer nas consultas específicas quer pelos próprios clínicos gerais/médicos de família.

Seja como for, o rastreio pré-natal é seguramente importante (Bor, Miller, & Goldman, 1992): permite que a mulher tome decisões informadas sobre gravidez e maternidade e, por outro lado, torna acessíveis os cuidados de saúde às mulheres que se encontrem infectadas, mas que até aí desconheciam isso.

Pode discutir-se se o rastreio pré-natal deve ser *sistemático* ou *selectivo*. Neste particular há que distinguir duas situações: a realização do teste para o VIH antes de decidir engravidar e, por outro lado, a realização do teste mulheres já grávidas.

O que parece desejável é que o rastreio se realizasse antes da decisão de engravidar. Isto implicaria sempre aconselhamento pré-teste. *Desde que haja garantia absoluta de que é disponibilizada uma intervenção adequada de aconselhamento pré-teste, o rastreio poderia ser sistemático.* Isto porque, sendo natural que esse serviço seja disponibilizado pelo médico de família, há sempre a possibilidade de haver mulheres que tenham estado em risco em relação ao VIH e não o queiram dizer ao seu médico de família, por motivos que podem ser compreensíveis.

Parece aceitável defender um rastreio pré-natal sistemático, embora obviamente não obrigatório, desejavelmente realizado antes da mulher decidir engravidar.

Não sendo plausível a curto prazo uma generalização do rastreio pré-natal tal como foi referido anteriormente, há que encarar o problema da realização do teste para o VIH a mulheres já grávidas. Até porque a tendência actualmente prevalente entre nós é a de incluir o teste para o VIH entre os exames laboratoriais a fazer após uma primeira consulta de gravidez.

A importância de realizar o teste para o VIH nesta altura é também evidente. O que é eticamente inaceitável é que, muitas vezes, a análise seja requisitada sem que nada seja dito à mulher sobre isso, e sem que sequer tenha sido obtido o consentimento informado. Neste particular, *os médicos têm o dever de informar a mulher sobre o interesse em fazer o teste para o VIH, juntamente com outras análises de sangue, e as mulheres têm o direito de exigirem que lhes seja disponibilizada nessa altura uma intervenção de aconselhamento pré-teste que lhes permita decidir fazer ou não fazer o teste, esclarecidas sobre as consequências possíveis da sua decisão, seja ela qual for.*

Assim sendo, a quando da comunicação do resultado do teste deverá haver sempre uma intervenção adequada de aconselhamento pós-teste.

Os aconselhamentos pré e pós-teste para as

mulheres, tal como para os homens, são intervenções indispensáveis, porque a realização do teste para o VIH é um procedimento médico de diagnóstico indutor de stress. *Não se trata de fazer uma análise como outra qualquer* (Carvalho Teixeira, 1994a). *O teste para o VIH pode ter consequências significativas para a mulher que o realiza, bem como para o casal.* Quer dizer que existem argumentos de natureza psicológica (as possíveis implicações pessoais e relacionais de um resultado positivo nestas circunstâncias) que obrigam a que a decisão de realizá-lo seja enquadrada por adequadas intervenções de aconselhamento pré e pós-teste, que ajudem a atenuar o stress emocional implicado na realização do teste e na espera do resultado. Até porque há também evidências biológicas de stress nestas circunstâncias (Carrol, 1992).

Assim, *esta área da realização do teste para o VIH a mulheres é um excelente exemplo de como se torna indispensável mudar atitudes e comportamentos de muitos clínicos e disponibilizar formação e aquisição de competências profissionais em aconselhamento de saúde relacionado com VIH/SIDA*, tal como já temos tido oportunidade de defender anteriormente (Carvalho Teixeira, 1993, 1994b). Recorde-e que o aconselhamento pré-teste tem por objectivos (Green, 1389; Bor, Miller & Goldman, 1992): *promover uma decisão informada por parte da mulher*, isto é, facilitar uma decisão de fazer ou não fazer o teste baseada na compreensão das implicações pessoais, familiares e sociais de um eventual resultado positivo; *preparar para uma eventual má notícia*, ou seja, um resultado positivo; finalmente, *transmitir informação* sobre o VIH e a SIDA, que seja ponto de partida para um processo de mudança de comportamentos quando for caso disso. Isto quer dizer que o aconselhamento individual de mulheres em situação pré-natal, além de contribuir para a promoção do bem-estar psicológico perante um procedimento indutor de stress, é uma peça-chave para a própria prevenção da infecção pelo VIH.

O aconselhamento pré-teste deverá proporcionar à mulher a possibilidade de considerar as vantagens e desvantagens de fazer o teste para o VIH, antes de tomar uma decisão final. Esta não deverá ser pressionada pelo clínico, embora este possa introduzir inicialmente o teste para o VIH

como um procedimento comum na situação pré-natal («*Entre as várias análises que fazemos às grávidas está o teste para o VIH. Você já pensou em fazer este teste?*»). Pelo contrário, deverá ser a mulher a decidir se quer ou não fazer o teste.

Entre outros aspectos específicos do aconselhamento pré-teste nestas circunstâncias destacam-se: (1) a necessidade de considerar o «período de janela», particularmente importante se a mulher se encontra em fase inicial de gravidez, já que se eventualmente tiver havido comportamentos de risco há menos de três meses há que voltar a repetir o teste daí a algum tempo; (2) a inclusão obrigatória da discussão das implicações dum resultado positivo, quer em termos de decisões em relação à gravidez quer no que se refere à relação de casal («*Se você decidir fazer o teste para o VIH e se, eventualmente, o resultado vier positivo, como é que isto poderá afectar a sua gravidez? Você desejaria nessas circunstâncias ir para a frente com a gravidez ou, pelo contrário, discutiria a possibilidade de interrupção da gravidez? Se você decidisse interromper, como pensa que isso poderia afectar a sua relação com o seu companheiro?*»).

## 6.2. Aconselhamento de Mulheres Preocupadas

Por mulheres preocupadas («worried well») entendem-se aquelas que se percebem em risco mas que não foram infectadas (Bor, Miller, & Goldman, 1992). Isto quer dizer que por «preocupação» se entende *percepção de risco em relação ao VIH*, independentemente da mulher ter estado ou não em risco. Daqui se podem retirar duas consequências: podem aparecer mulheres preocupadas com a SIDA tendo estado ou não em risco em relação ao VIH; há uma tarefa clínica indispensável de *fazer a história e avaliar o risco individual*. Entre as mulheres que podem exprimir preocupações deste género encontram-se: mulheres com história de comportamentos sexuais de risco; mulheres dependentes de drogas intravenosas com história positiva de troca de seringas e/ou agulhas; mulheres que são parceiras sexuais de sujeitos com história de comportamentos de risco; mulheres que estão a pensar em casar; mães de adolescentes; mulheres com história positiva de perturbações psicopatológicas (frequentemente perturbações ansiosas

e/ou depressivas; mais raramente, perturbações psicóticas com crenças delirantes crenças de ter contraído VIH); finalmente, técnicas de saúde, com receios associados ao contágio em meio profissional. Como se torna evidente, *a avaliação de preocupadas é uma tarefa clínica, que só pode ser adequadamente levada a cabo por profissionais de saúde com formação e experiência clínica e, desejavelmente, com formação e treino específico em aconselhamento de saúde relacionado com a infecção pelo VIH*. Tenha-se em conta, também, que muitas preocupações em relação à SIDA não são apresentadas directa e explicitamente como motivo de consulta e só aparecem em consultas ulteriores após ter sido estabelecida uma relação de confiança e/ou só depois do clínico abordar aspectos da história pessoal, designadamente sexuais e/ou conjugais. Finalmente, como se vê, algumas preocupações em relação à SIDA aparecem sem que haja qualquer história de comportamentos de risco e no âmbito de quadros psicopatológicos que é necessário reconhecer e identificar. Outras vezes, o que há primariamente é um problema relacional/conjugal apresentado sob a forma de uma preocupação ansiosa com a SIDA. Seja como for, a questão central acaba por ser a de *diferenciar entre preocupadas com e sem história de comportamentos de risco* em relação ao VIH. Havendo história positiva de comportamentos de risco haverá indicação para realizar o teste para o VIH e, portanto, deverá proceder-se a uma adequada intervenção de aconselhamento pré-teste. Não havendo história de comportamentos de risco há que avaliar cuidadosamente qual poderá ser a natureza da preocupação ao mesmo tempo que é necessário transmitir segurança emocional sem realizar o teste. Para que isto seja possível é necessário primeiramente superar o tradicional impasse que se estabelece (Bor, Miller, & Goldman, 1992): a preocupada diz «Tenho o VIH»; o técnico diz «Não tem o VIH!»).

É importante ajudar a mulher a avaliar realisticamente o seu risco em relação ao VIH, de forma a contribuir para uma atenuação da ansiedade (Cochran, & Mays, 1989). Como se sabe, a preocupação ansiosa pode apresentar-se, também sob a forma de ansiedade generalizada, distúrbio de ataques de pânico, depressão, pensamentos obsessivos e preocupações hipocondríacas.

O aconselhamento de mulheres toxicodepen-

dentes e o aconselhamento de prostitutas (Mays, & Cochran, 1988; Plant, 1990) podem ser considerados neste âmbito mas não os trataremos neste artigo, excepto no que já foi mencionado a propósito de gravidez em mulheres toxicodependentes. Os técnicos de saúde têm que estar sensibilizados para as diferentes preocupações que as mulheres podem – directa ou indirectamente – colocar em relação à SIDA, em diferentes fases do ciclo vital e têm que saber que quando não há um problema biológico é quase sempre mais adequado orientar a mulher para avaliação psicológica e/ou psiquiátrica, consoante os casos. Veja-se ainda que, em certos casos, o pedido recorrente e a realização do teste para o VIH insere-se na própria estratégia de adaptação à ameaça da infecção em mulheres que mantêm comportamentos sexuais de risco (Peto, Remy, Van Campenhout, & Hubert, 1992) e que assim se vão assegurando intermitentemente do estado negativo da sua imunidade ao mesmo tempo que se mantêm em risco. Este é, entre outros, um exemplo de como em certos casos o aconselhamento de mulheres preocupadas tem que ser uma intervenção facilitadora da mudança de comportamentos. Esta parece ser facilitada quando há uma história anterior de outra doença sexualmente transmissível (Cochran, & Mays, 1989). Assim, os conteúdos essenciais do aconselhamento terão que passar pelas *competências relacionais* para o uso de preservativos e, também, pelas práticas de sexo seguro e *assertividade* necessária para o concretizar, em todas as situações e em especial em situações de risco acrescido que sejam identificadas.

*O aconselhamento de mulheres preocupadas pode desempenhar papel importante na prevenção*, mas na redução do risco é necessário ter em conta sempre as suas potenciais implicações relacionais e interpessoais (Cochran, 1989).

### 6.3. *Aconselhamento de Mulheres Seropositivas*

Em ambos os sexos poderá ser útil diferenciar entre (1) o *aconselhamento pós-teste* e, por outro lado, (2) o *aconselhamento a médio ou longo prazo*, que têm objectivos diferentes e se relacionam com áreas problemáticas e dificuldades diferentes. No entanto, as características gerais destas intervenções nas mulheres são as que

estão habitualmente descritas, por exemplo por Bor, Miller e Goldman (1992), por Green e McCreaner (1989) e pela própria Organização Mundial de Saúde (1990). *O aconselhamento pós-teste* tem como finalidade principal fornecer o resultado do teste para o VIH e ajudar a mulher a pensar sobre as implicações que o resultado tem para si e para os outros no futuro imediato e a mais curto prazo (Bor e col, 1992), facilitando-se desde logo o processo de coping e adaptação (Sherr, 1991). Tem vantagem em ser uma intervenção feita pelo mesmo técnico que realizou o aconselhamento pré-teste, o que nem sempre é possível na forma como estão organizados os cuidados de saúde (particularmente os relacionados com a gravidez) e é dificultado pela impreparação de muitos clínicos para realizarem um tipo de intervenção que não é compatível com pressa e que, entre outros aspectos, exige assegurar-se que a mulher veio mesmo à consulta para saber o resultado do teste, comunicar o resultado de forma directa e clara, disponibilizar-se para falar sobre as implicações do resultado e sobre o que a mulher sente naquele momento.

Transmitir informação sobre a seropositividade e sexo seguro, bem como ajudar a pensar (e decidir) sobre como vai informar o companheiro são também aqui duas tarefas essenciais no aconselhamento.

Este primeiro momento é crucial: não só se trata de iniciar um processo de confronto com uma situação vivida como ameaça vital, como também é necessário avaliar o estado mental, já que uma proporção importante de grávidas seropositivas apresenta psicopatologia. De acordo com James (1988), a co-morbilidade mais frequente inclui toxicodependência, perturbações afectivas, antecedentes de tentativas de suicídio, e distúrbios de personalidade, geralmente anteriores à seropositividade mas que implicam a consideração cuidadosa do seu impacte e do impacte da própria gravidez numa estrutura previamente fragilizada.

O aconselhamento pode prolongar-se para além do pós-teste e, nesse caso, podemos falar de *aconselhamento a médio e longo prazos*, que permitirá abordar e ajudar a resolver dificuldades associadas à redução do risco de transmissão, adopção de comportamentos de saúde e estilo de vida saudável, optimização de recursos pessoais e melhoria do suporte social, entre outras. Tal

como acontece com os homens, é previsível que possam existir mulheres seropositivas para o VIH que necessitam de apoio continuado e regular, enquanto que outras necessitarão de pouco apoio, embora isto possa mudar dum momento para o outro.

O que é específico em relação a mulheres seropositivas é o *aconselhamento relacionado com gravidez*, quer o que se relaciona com a decisão de vir a engravidar quer o que se relaciona com uma gravidez em relação à qual se poderá colocar a questão da interrupção, já que as mulheres seropositivas necessitam de tomar frequentemente decisões nestas áreas (Novick, & Rubinstein, 1987; Bor & col., 1992).

Pode existir conflito entre o desejo de ter filhos e a possibilidade de ter uma criança infectada pelo VIH. Ao mesmo tempo, o devir da relação de casal pode ser afectado pela decisão de ter ou não ter uma criança. Assim, parece desejável que estas intervenções de aconselhamento sejam, tanto quanto possível, intervenções de *aconselhamento de casal* e que, além de proporcionarem transmissão de informação sobre as possibilidades de vir a ter uma criança infectada, explorem basicamente 3 aspectos (Bor & col., 1992): o significado para o casal e para cada um dos seus membros de vir a ter uma criança; as expectativas de cada um em relação às consequências (pessoais e relacionais) de vir a ter uma criança infectada pelo VIH; a possibilidade de não terem crianças. Tenha-se em conta que, de acordo com Sherr (1991), os efeitos da seropositividade na decisão de engravidar ou não não são claros e que, mesmo em presença de aconselhamento específico, um certo número de mulheres seropositivas engravidam. Para compreender este facto será necessário compreender o significado psicológico que a gravidez tem para aquela mulher naquele momento, o que só uma abordagem psicológica permitirá elucidar. O aconselhamento de grávidas seropositivas pode complicar-se com problemas psicossociais diversos (Gibbs, & Zeeman, 1993): pobreza, toxicod dependência e isolamento.

A questão da interrupção também se afigura como complexa, particularmente entre nós. No entanto, o aconselhamento poderá ajudar o casal a tomar as suas próprias decisões. Verifica-se que existem ainda poucos estudos nesta área mas que, contudo, já foram identificados alguns

factores que parecem influenciar a tomada de decisão no sentido da não interrupção da gravidez numa mulher seropositiva (Sherr, 1991): estado de saúde actual, desejo de ter um filho, sentimentos em relação à interrupção e ainda os juízos de valor baseados no conhecimento de que, em geral, as mulheres seropositivas que têm filhos estão bem e até não parecem estar infectadas. Também é referido que, quando uma gravidez é desejada e se enquadra num projecto genuíno de maternidade, são diminutas as probabilidades de haver uma decisão no sentido da interrupção, mesmo quando há uma intervenção específica de aconselhamento.

#### REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Areskog-Wijma, B. (1987). The gynaecological examination – women's experiences and preferences and the role of the gynaecologist. *Journal of Psychosomatic Obstet. and Gynec.*, 6, 59-69.
- Barbacci, M., Chaisson, R., Anderson, J. e Col. (1989). Knowledge of HIV serostatus and pregnancy decisions. *V Int. Conf. on AIDS, Montreal, ANS MBP 10*.
- Biggar, R.J., Panwa, S., Minkoff, H., Mendes, H., Willoughby, A., Landesman, S., & Goedert, J.J. (1989). Immunosuppression in pregnant women infected with human immunodeficiency virus. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 161, 1239-1244.
- Bor, R., Miller, R., & Goldman, E. (1992). Counselling Women about HIV-related Problems. In Robert Bor, Riva Miller & Eleanor Goldman (Eds.), *Theory and Practice of HIV Counselling. A Systemic Approach* (pp. 104-114). London: Cassell.
- Bradbeer, C. (1987). Is infection with HIV a risk factor for cervical intraepithelial neoplasia? (Letter to the editor). *Lancet*, ii, 1277-1278.
- Bradbeer, C. (1989). Women and HIV. *British Medical Journal*, 298, 342-343.
- Byrne, M., Smith, J.R., Munday, P., & Taylor-Robinson, D. (1989). Cervical intraepithelial neoplasia in women with renal allografts (Letter to the editor). *British Medical Journal*, 298, 599.
- Carpenter, C.C.J., Mayer, K.H., Fisher, A., Desai, M.B., & Durand (1989). Natural history of AIDS in women in Rhode Island. *American Journal of Medicine*, 86, 771-781.
- Carvalho Teixeira, J.A. (1993). *Psicologia da Saúde e SIDA*. Lisboa: ISPA, Coleção Estudos.

- Carvalho Teixeira, J.A. (1994a). Fazer o teste para o VIH não é fazer uma análise como outra qualquer (O aconselhamento pré-teste, a prevenção e a qualidade dos cuidados de saúde). *Análise Psicológica*, *XII*(4), 573-575.
- Carvalho Teixeira, J.A. (1994b). Formação em Aconselhamento-SIDA. Experiência do ISPA numa área específica de aconselhamento de saúde. *Análise Psicológica*, *XII*(2/3), 227-231.
- Chin, J. (1990). Current and future dimensions of the HIV/pandemic in women and children. *Lancet*, *336*, 221-224.
- Cochran, S.D. (1989). Women and HIV Infection: Issues in Prevention and Behavior Change. In Vickie Mays, George W. Albee & Stanley F. Schneider (Eds.), *Primary Prevention of AIDS (Psychological Approaches)*. *Primary Prevention of Psychopathology/Vol. XIII* (pp 309-327). California: Sage Publications.
- Cochran, S.D., & Mays, V.M. (1989). Women and AIDS – Related Concerns (Roles for Psychologists in Helping the Worried Well). *American Psychologist*, *44*(3), 529-535.
- Colman, L.L., & Colman, A.D. (1994). *Gravidez. A Experiência Psicológica*. Lisboa: Edições Colibri.
- Comissão Nacional da Luta contra a SIDA (1994). *A Situação em Portugal a 31 de Dezembro de 1994*. Lisboa: CNLCS.
- Crocchiolo, P., Lizioli, A., Giosis, F., Girogi, C., Burratti, E., Bedarida, M., Panzeri, M.P., Cambie, G., & D'Agostino, F. (1988). Cervical dysplasia and HIV infection. *Lancet*, *i*, 238-239.
- Darrow, W.W., Deppe, D.A., Schable, C.A., Hadler, S.C., Larsen, S.A., Khabbaz, R.F., Jaffe, H.W., Cohen, J.B., Wofsky, C.B., French, J.F., Gill, P.S., Potterat, J.J., Ravenholt, O., Sikes, R.K., & Witte, J.J. (in press). Prostitution, intravenous drug use, and HIV-1 infection in the United States. In M.A. Plant (Ed.), *AIDS, drugs and prostitution*. London: Routledge.
- European Centre for the Epidemiological Monitoring of AIDS (1994). AIDS Surveillance in Europe. *Quarterly Report*, *43*, 30 September.
- European Study Group (1989). Risk factors for male to female transmission of HIV. *British Medical Journal*, *298*, 411-415.
- Ewart, C.K., Taylor, C.B., Reese, L.B., & Debusk, R.F. (1984). Effects of early postmyocardial infarction exercise testing on self-perception and subsequent physical activity. *American Journal of Cardiology*, *51*, 1076-1080.
- Friedland, G.H., Saltzman, B., Vileno, J., Freeman, K., Schragar, L.K., & Klein, R.S. (1991). Survival differences in patients with AIDS. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes*, *4*, 144-153.
- Gibbs, G. & Zeeman, B. (1993). HIV Infection in Women. In Howard Libman & Robert A. Witzburg (Eds.), *HIV Infection (A Clinical Manual)* (pp. 467-483), Boston: Little Brown.
- Glasner, P.D., & Kaslow, R.A. (1990). The epidemiology of human immunodeficiency virus infection. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *58*, 13-21.
- Gloeb, D.J., O'Sullivan, M.J., & Enfantis, J. (1988). Human immunodeficiency virus in women: I. The effects of human immunodeficiency virus on pregnancy. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, *159*, 756-761.
- Grant, I., & Heaton, R.K. (1990). Human immunodeficiency virus-1 (HIV-1) and the brain. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *58*, 22-30.
- Green, J., & McCreaner, A. (Ed). (1989). *Counselling in HIV Infection and AIDS*. Oxford: Blackwell Scientific Publications.
- Greenblatt, R.M. e Col. (1988). Genital ulceration as a risk factor for human immunodeficiency virus infection. *AIDS*, *2*, 47-50.
- Heaton, R.K. (Ed.). (1990). Acquired immunodeficiency syndrome. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *58*(1), special issue.
- Ickovics, J.R., & Rodin, J. (1992). Women and AIDS in the United States: Epidemiology, Natural History, and Mediating Mechanisms. *Health Psychology*, *11*(1), 1-16.
- Imam, N., Carpenter, C.C.J., Mayer, K.H., Fisher, A., Stein, M., & Danforth, S.B. (1990). Hierarchical pattern of mucosal candida infections in HIV-seropositive women. *American Journal of Medicine*, *89*, 142-146.
- James, M.E. (1988). HIV seropositivity diagnosed during pregnancy; psychosocial characterization of patients and their adaptation. *General Hospital Psychiatry*, *10*, 309-316.
- Joseph, J.G., Montgomery, C.E., Emmons, C., Kirscht, J.P., Kessler, R.C., Ostrow, D., Wortman, C., & Brian, K. (1987). Perceived risk of AIDS: Assessing the behavioral and psychosocial consequences in a cohort of gay men. *Journal of Applied Social Psychology*, *17*, 231-250.
- Lallemant, M., Le Coeur, S., Samba, L. et al. (1994). Mother to child transmission in Congo. *AIDS*, *8*(10), 1451-1456.
- Lui, K.J., Darrow, W.W., & Rutherford, G.W. (1988). A model based estimate of the mean incubation period for AIDS in homosexual men. *Science*, *240*, 1333-1335.
- Machado Caetano, J.A. (1994). *As Mulheres e a SIDA*. Lisboa: Fundação Portuguesa A Comunidade Contra a SIDA.
- Mays, V., & Cochran, S-D. (1988). Issues in the perception of AIDS risk and risk reduction activities, in Black and Hispanic/Latina women. *American Psychologist*, *43*, 949-957.

- McCutchan, J.A. (1990). Virology, immunology, and clinical course of HIV infection. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 58, 5-12.
- Mientjes, G.H., Miedema, F., Van Ameijden, D.J., Van Den Hoek, A.A., Schellekens, P.T.A., Roos, M., & Coutinho, R. (1991). Frequent injecting impairs lymphocyte reactivity in HIV-positive and HIV-negative drug users. *AIDS*, 5, 35-41.
- Minkoff, H. (1989). AIDS in Pregnancy, Current Probl. *Obstet. Gynecol. Fertil.*, November/December, 206-227.
- Munoz, A., Wang, M.C., Bass, S., Taylor, J.M.G., Kingsley, L.A., Chmiel, J.S., Polk, B.F., & Multicenter AIDS Cohort Study Group. (1989). AIDS-free time after HIV Type 1 seroconversion in homosexual men. *American Journal of Epidemiology*, 130, 530-539.
- Navia, B., & Price, R. (1986). Dementia complicating AIDS. *Psychiatric Annals*, 19, 82-85.
- Novick, B., & Rubinstein, A. (1987). AIDS: the paediatric perspective. *AIDS*, 1, 3-7.
- Oakley, A. (1979). *Becoming a Mother*. Oxford: Martin Robertson.
- Plant, M. (1990). Conclusions and future strategies. In Martin Plant (Ed), *AIDS, Drugs and Prostitution* (pp. 198-204). London and New York: Tavistock/Routledge.
- Price, R., Brew, B., Sidtis, J., Rosenblum, M., Scheck, A.C., & Cleary, P. (1988). The Brain in AIDS: Central nervous system HIV-1 infection and AIDS dementia complex. *Science*, 239, 586-592.
- Rellihan, M.A., Dooley, D.P., Burke, T.W., Berkland, M.E., & Longfield, R.N. (1990). Rapidly progressing cervical cancer in a patient with HIV infection. *Gynecologic Oncology*, 36, 435-438.
- Rhoads, J.L., Wright, D.C., Redfield, R.R., & Burke, D.S. (1987). Chronic vaginal candidiasis in women with human immunodeficiency virus infection. *Journal of the American Medical Association*, 257, 3105-3107.
- Richardson, D. (1990). *La Mujer y el SIDA*. México D.F.: Editorial El Manual Moderno, S.A. de C.V.
- Rothenberg, R., Woelfel, M., Stoneburner, R., Milberg, J., Parker, R., & Truman, B. (1987). Survival with the acquired immunodeficiency syndrome. *New England Journal of Medicine*, 317, 1297-1302.
- Selwyn, P.A., Schoenbaum, E.E., Davenny, K., Robertson, V.J., Feingold, A.R., Shulman, J.F., Mayers, M.M., Klein, R.S., Friedland, G.H., & Rogers, M.F. (1989). Prospective study of human immunodeficiency infection and pregnancy outcome in intravenous drug users. *Journal of American Medical Association*, 9, 11-15.
- Sheer, L. (1991). *HIV and AIDS in Mothers and Babies. A Guide to Counselling*. London: Blackwell Scientific Publications.
- Sillman, F., Stanek, A., Sedlis, A., Rosenthal, J., Lanks, K.W., Buchhagen, D., Nicastri, A., & Boyce, J. (1984). The relationship between human papillomavirus and lower genital tract neoplasia in immunosuppressed women. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 150, 300-308.
- Solomon, G.F. & Temoshok, L. (1987). A psychoneuro-immunologic perspective on AIDS research: Questions, preliminary findings, and suggestions. *Journal of Applied Social Psychology*, 17, 286-308.
- Solomon, G.F., Temoshok, L., O'Leary, A. & Zich, J. (1987). An intensive psychoimmunologic study of long-surviving persons with AIDS: Pilot work, background studies, hypotheses and methods. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 496, 647-655.
- Sunderland, A., Moroso, G., Holman, S. e Col. (1989). Influence of HIV Infection on pregnancy decisions. *V Int. Conf. on AIDS*, Montreal, ABS WDP 58.
- WHO (1990). *Guidelines for Counselling About HIV Infection and Disease*. Geneva: World Health Organization.

## RESUMO

Podem existir diferenças entre os sexos no que se refere aos factores biológicos, psicológicos e sociais associados à infecção pelo VIH (Vírus da Imunodeficiência Humana). Os autores fazem uma revisão da epidemiologia da SIDA nas Mulheres, evolução da infecção pelo VIH, factores mais especificamente associados ao VIH/SIDA nas Mulheres, gravidez e SIDA e, finalmente, aconselhamento de Mulheres.

## ABSTRACT

Male-female differences may exist in the biological, psychological and psychosocial determinants and consequences of HIV-infection and AIDS. The authors review epidemiology of women with AIDS, and aspects related to clinical course for women with AIDS, biological and psychological factors associated to women with HIV-infection, HIV and AIDS in pregnancy, and women counselling.